ÜBER EINEN FALL

VON

AUSGEDEHNTER TUBERKULOSE

MIT EIGENTÜMLICHER LOCALISATION.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

DR PAUL V. BAUMGARTEN

O. Ö. PROFESSOR DER ALLGEMEINEN PATHOLOGIE UND PATHOLOGISCHEN ANATOMIE, VORSTAND DES PATHOLOGISCHEN INSTITUTS IN TÜBINGEN

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT

VON

GOTTFRIED MESSMER

APPROB. ARZT AUS NEUNKIRCHEN

TÜBINGEN 1901

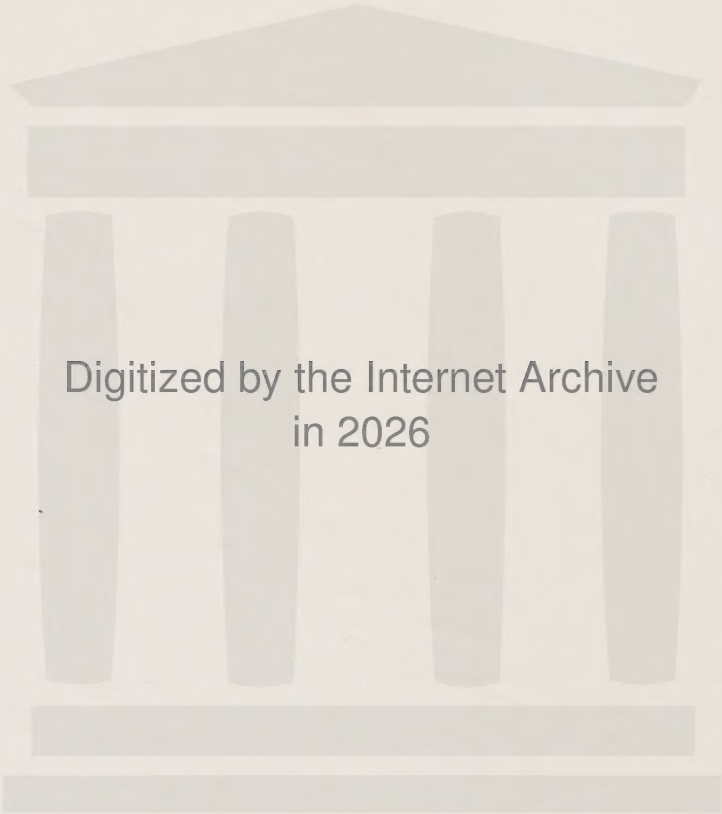
VERLAG VON FRANZ PIETZCKER

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
zu Tübingen.
Referent: Professor Dr. von Baumgarten.

Buchdruckerei G. Schnürlen in Tübingen.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547024_0006

Der nachfolgende Fall ist ausgezeichnet durch das gleichzeitige Auftreten von Tuberkulose in einer Reihe von Organen, die sonst selten oder selten in dieser Weise von Tuberkulose ergriffen werden. Durch gütige Überlassung des Materials seitens des Herrn Professors Dr. von Baumgarten ist es mir möglich diesen Fall zu veröffentlichen.

Die Krankengeschichte

für die Herr Dr. Buttersack in Heilbronn mir wichtige Anhaltspunkte freundlichst übersandte, ist kurz folgende:

Frau J. St.; 40 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie. Anamnestisch ist zu erfahren, dass Patientin früher einmal nach einem Wochenbett eine linksseitige Venenthrombose mit Fieber durchgemacht hat. Im Herbst 1899 suchte sie wegen „Ischias" Baden-Baden auf, worauf sie jedoch keine Besserung spürte. Sie soll damals schon ab und zu gefiebert haben und konnte nicht recht gehen, wegen der Schmerzen in der Gegend des linken Foramen ischiadicum, die gegen das Ileosacralgelenk hin ausstrahlten.

Im Februar 1900 begab sich die Kranke in ärztliche Behandlung. Die damalige Untersuchung ergab zunächst hohes Fieber von erethischem Charakter und hohe Pulsfrequenz. Der Appetit war schlecht, die Zunge belegt, der Kräftezustand stark zurückgegangen. Die Lungen, Herz, Nieren u. s. w. waren vollkommen gesund; speziell auf den Lungen konnte trotz häufiger Nachuntersuchung nichts gefunden werden; Auswurf war nicht vorhanden.

Die Klagen der Kranken bezogen sich eigentlich nur auf das Fieber als allgemeines Symptom und auf einen von der Patientin als unwesentlich behandelten Schmerz in der Gegend des linken Foramen ischiadicum, gegen das Ileosacralgelenk zu, der dem Verlaufe des nervus ischiadicus nach ausstrahlte. Der geringe äusserliche Untersuchungsbefund machte eine genaue vaginale und anale

Exploration nötig. Hierdurch konnte nun festgestellt werden, dass links hinten oben in der Gegend zwischen Ovarium mit Ligamentum latum einerseits und Becken und Darm anderseits eine schmerzhafte, deutlich teigige Resistenz zu fühlen war. Die eintretenden Menses, die auffallend lang andauerten (circa 9 Tage) liessen eine nochmalige genaue Untersuchung erst nach dieser Zeit zu, die ergab, dass das Fieber, sowie die ganze Allgemeinstörung auf den Befund im Unterleib zurückzuführen sei. Die Diagnose lautete: Para- und perimetritisches Exsudat links hinten oben, secundäre Druck- respektive Reizerscheinungen auf den nervus ischiadicus (symptomatische Ischias.)

Über den Charakter des Entzündungsherdes hatte man keinerlei Anhaltspunkte. Der Versuch, durch Kataplasmen den Eiter nach aussen durch die Bauchdecken, oder durch heisse Vaginalausspülungen nach innen in die Scheide zu entleeren, misslang. Deshalb kam man zu dem Entschluss, die Frau einer Operation zu unterziehen, um zunächst durch vaginale Punction mit nachfolgender Incision dem Eiter beizukommen. Behufs dieses liess sich Patientin in die Tübinger Frauenklinik aufnehmen.

Dort war das Befinden der Kranken im Anfang eigentlich nicht schlecht, die Temperatur war allerdings hoch, aber die Nahrungsaufnahme liess nichts zu wünschen übrig. Der Untersuchungsbefund war nicht ganz eindeutig. Wahrscheinlich handelte es sich um eine in ausgedehnte Vereiterung übergegangene Entzündung der linken Uterusanhänge. Bei dem stets hohen Fieber war auf eine noch heftige Virulenz der inficierenden Bacterien zu schliessen, was eine etwaige Laparatomie bedenklich machte. Denn mit einer einfachen Eröffnung und Entleerung des Eiters konnte man sich wohl kaum begnügen, sondern man war zu dem Entschluss gekommen, eine ausgedehnte Exstirpation und Resection vorzunehmen. Ehe die Operation aber ausgeführt werden konnte, erlag die Patientin ihrem Leiden.

Die von Herrn Privatdozent Dr. Walz am 28. III. 1900 vorgenommene Sektion ergab folgenden

Sektionsbefund.

Weibliche Leiche in mittlerem Ernährungszustand, stark anämisch, allgemeine Totenstarre, spärliche Totenflecke; ganz geringes Oedem der Beine.

Am Halse findet sich eine Vergrösserung beider Lappen der Schilddrüse, etwa in der Form und Grösse eines Kleinhirns. Der

untere Rand setzt sich bis zum Jugulum in geringem Grade retrosternalwärts fort. Der mittlere Abschnitt ist cystisch degeneriert; die rechte Hälfte zeigt das Bild einer typischen Colloidstruma und struma parenchymatosa, während der linke Abschnitt etwa in Gestalt eines Hodens käsig nekrotisiert ist. Die Oberfläche des Gehirns ist ziemlich blass, im Subarchnoidealraum findet sich reichliche Flüssigkeit, ebenso in der hinteren Schädelgrube nach Entfernung des Gehirns. Etwa in der Mitte der 2. rechten Stirnwindung zeigt sich eine kleine gelbliche Verfärbung der weichen Hirnhäute, die daselbst mit der Gehirnsubstanz verwachsen sind. Beim Einschneiden trifft man auf einen über haselnussgrossen, derben, käsigen Herd, der in die Hirnrinde eingelagert ist Die weichen Hirnhäute an der Basis zeigen überall kleine Tuberkel und ein sulziges gelbliches Exsudat in den grösseren Lymphräumen. An den Gefässen, entlang beiden Fossae Sylvii, ebenso an der Arteria corporis callosi und den Arteriae profundae finden sich kleinste Adventitialtuberkel. Die Seitenventrikel sind leicht erweitert durch eine seröse Flüssigkeit.

Der Knochen über der rechten Paukenhöhle ist eitrig durchsetzt; in der Paukenhöhle befindet sich ein eitriges Exsudat; keine Sinusthrombose. Die anliegende Dura mater und der Schläfenlappen sind nicht verändert.

Nach Eröffnung des Abdomens zeigen sich die collabierten Dünndärme von dem atropischen, vielfach schwärzlich verfärbten Netze bedeckt. Das Peritoneum parietale ist spiegelnd und glatt, und zeigt zahlreiche schwärzliche Einsprengungen.

Die Leber ist nicht vergrössert, durch flächenhafte fibröse Verwachsungen mit dem Zwerchfell verwachsen. Die Milz an normaler Stelle, nicht vergrössert. Zwerchfellstand rechts 4 links 5. Rippe. Die Lage der Genitalorgane ist normal.

Nach Eröffnung der Brusthöhle ziehen sich die Lungen mässig zurück. Beide Brusthöhlen sind frei von Verwachsungen und flüssigem Inhalt.

Das Herz ist nicht vergrössert, erscheint jedoch etwas verlängert, die Spitze wird ausschliesslich vom linken Ventrikel gebildet. Die Mitralis und Tricuspidalis sind normal, die Mitralklappe ist 9 cm. breit. Am Herzen ist nichts besonderes, nur die Muskulatur ist etwas blass und von brüchiger Consistenz.

Die linke Lunge zeigt geringes Emphysem, der Unterlappen ist ödematös, beide Lungenspitzen sind ohne pathologische Veränderungen. Im rechten Unterlappen fühlen sich die unteren Partien

wenig lufthaltig an. Das Gewebe ist daselbst sehr brüchig und von dunkelroter Farbe. In beiden Lungen sind äusserst kleine, sehr zahlreiche graue miliare Knötchen gleichmässig über alle Lungenteile zerstreut sichtbar. Unterhalb des verkästen Teils der Struma finden sich einige verkäste, mandelgrosse Bronchialdrüsen.

Die Maasse der Milz sind 12 : 8 : 4. Follikel und Trabekel sind deutlich sichtbar; keine deutlichen Tuberkelknötchen.

Die linke Niere ist ziemlich vergrössert, ihre Maasse 14 : 5 : 4. Das Nierenbecken ist stark gerötet, die Schleimhaut an einigen Stellen mit eitrigen Belägen bedeckt. Die Niere ist seh anämisch. Sichere Tuberkelknötchen sind nicht zu erkennen. Rechts ist der gleiche Befund, auch hier lassen sich weder Tuberkel noch Abscesse in der Nierensubstanz selbst erkennen.

Im Magen ist nichts besonderes, im Darm ist nichts von Tuberkulose zu finden.

Die mesenterialen Lymphdrüsen sind geschwellt und vergrössert. Die retroperitonealen Lymphdrüsen entlang der Aorta sind bis Haselnuss- und Mandelgrösse geschwellt, und bilden nach unten zu ein dickes 2 faustgrosses Packet von Lymphdrüsen, das sich entlang der Linea innominata fortsetzt, wo sich auch eine grössere Anzahl bis über nussgrosser Lymphdrüsen finden, welche eine totale trockene Nekrose zeigen. Sie sind, ähnlich einer rohen Kartoffel, auf dem Durchschnitt gelblich weiss, ziemlich hart.

An der Porta hepatis findet sich ein halbfaustgrosses Packet fast vollständig verkäster, haselnussgrosser Lymphdrüsen. Die Leber ist nicht vergrössert, auf der Oberfläche schimmert eine Anzahl gelblicher linsengrosser Flecke hindurch. Die ganze Leber ist durchsetzt von zahlreichen linsen- bis kleinerbsengrossen Käseherden. Die Farbe der Leber ist gelb, die acinöse Zeichnung undeutlich.

Im Fundus des nicht vergrösserten Uterus befindet sich ein kleiner Schleimhautpolyp, das Endometrium ist im übrigen normal, die Tuben sind nicht verdickt, die Ovarien nicht vergrössert und ohne Besonderheiten. Die Blasenwand ist etwas verdickt, die Innenfläche der Schleimhaut zeigt vielfach auf der Höhe der Falten kleine Blutungen, keine Nekrosen; der Urin ist trübe, die Muskulatur springt zum Teil etwas trabekulär hervor.

Nach Entfernung des linken Psoas findet sich in der Gegend des linken Ileosacralgelenkes ein fast faustgrosser, mit käsigem Eiter gefüllter Abscess, der mit dem Gelenk communiciert. In dem Ileosacralgelenk sind die Knochen rauh, cariös, das Gelenk selbst ist

zerstört, die beiden Gelenkenden klaffen weit auseinander, so dass man bequem einen Finger hineinlegen kann.

Die anatomische Diagnose lautet: Tuberkulose des linken Ileosacralgelenkes, Tuberkulose der ileocalen, retroperitonealen, portalen und bronchialen Lymphdrüsen; frische Miliartuberkulose der Lungen, grossknotige Tuberkulose der Leber, tuberkulöse Struma, Cystitis und Pyelitis Meningitis tuberculosa und Tuberkulose des Grosshirns. Daneben hypostatische Pneumonie des rechten Unterlappens und Anaemie der inneren Organe.

Mikroskopische Untersuchung.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurden die teils in Alkohol, teils in Formalin gehärteten Objekte in üblicher Weise mit Pikrokarmin und Hämatoxylin, sowie auf Tuberkelbacillen gefärbt.

1. Retroperitonealdrüsen: Die bis Haselnuss- und Mandelgrösse geschwellten Drüsen zeigen eine ausgedehnte käsige Nekrose der gesamten centralen, vielfach auch der peripheren Partien. Am Rande finden sich nur noch geringe Reste von Lymphdrüsengewebe jedoch ohne erkennbare Struktur der normalen Drüse, stellenweise ist das bindegewebige Stroma deutlich vermehrt. Die käsigen Partien zeigen am Rande Granulationsgewebe, in dem sich da und dort confluirte, zum Teil schon in Verkäsung übergehende Tuberkel und einzelne Langhans'sche Riesenzellen finden. Tuberkelbacillen wurden in einer stärker verkästen Drüse spärlich, in einer andern dagegen in reichlicher Anzahl aufgefunden, manchmal in bedeutenden Haufen an einer Stelle zusammenliegend.

2. Mesenterialdrüsen: Sie zeigen durchschnittlich noch stärkere Verkäsung, nur am Rand sind hie und da noch Reste des Drüsengewebes zu erkennen. Tuberkel sind nicht deutlich abgrenzbar, da fast die ganze Drüse eine einheitliche käsige Koakulationsnekrose aufweist. Riesenzellen sind keine nachweisbar, ebensowenig gelang es Tuberkelbacillen zu finden.

3. Schilddrüse: Innerhalb der Schilddrüsenkapsel findet sich ein rundlicher fast wallnussgrosser Bezirk von ähnlicher Struktur wie die erwähnten Lymphdrüsen: ausgedehnte centrale Verkäsung mit Granulationsgewebe am Rande, in dem typische Tuberkel eingelagert sind. Die Grenze gegen das eigentliche Schilddrüsengewebe ist scharf gebildet durch eine dicke Lage straffen Bindegewebes, dessen Bündel nur gegen das tuberkulöse Granulationsgewebe hin

sich allmählich lockern und in letzteres aufgehen. Die Follikel der Schilddrüse sind erweitert, mit Colloid gefüllt, teilweise bis zur Bildung kleiner und grösserer Cysten: Typisches Bild einer struma colloides mit Cystenbildung. Im Drüsengewebe selbst finden sich keine Tuberkel, in dem erwähnten subcapsulären Käseherd wurden keine Tuberkelbacillen gefunden.

4. Lunge: In ihr finden sich reichlich Tuberkel, mit Riesenzellen, jedoch waren Tuberkelbacillen nicht nachzuweisen. Das zwischen den Knötchen gelegene Lungengewebe ist lufthaltig.

5. Leber: Teils im portalen Bindegewebe, teils im Innern der Acini sitzen kleinere und grössere graugelbe Tuberkel, in deren Innern das Lebergewebe zu Grunde gegangen ist. Es finden sich zahlreiche typische Langhans'sche Riesenzellen, doch konnten auch hier keine Tuberkelbacillen vorgefunden werden.

Epikrise.

Wirft man nun einen Blick sowohl auf den klinischen Verlauf der Krankheit, als auch auf die pathologisch-anatomischen Veränderungen der in Betracht kommenden Organe, wie sie sich makroskopisch und mikroskopisch darstellten, so ergiebt sich folgendes Bemerkenswerte:

Die Lymphdrüsentuberkulose, die sich in fortgeschrittenen Fällen gewöhnlich in der Form diffuser käsiger Lymphadenitis zeigt, wich in unserem Falle von diesem typischen Bilde mehr oder weniger ab. Es bestand allerdings auch wirkliche Verkäsung, doch war die Anschwellung der Drüsen so mächtig und das klinische Bild so abweichend von der gewöhnlichen Lymphdrüsentuberkulose, dass sie an jene Fälle von „tuberkulöser Pseudoleukämie" (Baumgarten) erinnerte, wie sie in der Litteratur mehrfach beschrieben worden sind.

Askanazy[1]) berichtet über eine Erkrankung, die unter den Symptomen einer „febrilen Pseudoleukämie" verlief. Bei der von Baumgarten ausgeführten Sektion fand sich auf dem Durchschnitt der Lymphdrüsen keine Verkäsung wie bei eigentlicher tuberkulöser Erkrankung; mikroskopisch wurden jedoch hyaline Nekrose, Riesenzellen und Tuberkelbacillen nachgewiesen.

Ähnliches fand Baumgarten in einem von Weishaupt[2]) veröffentlichten Falle, bei dem die klinische Diagnose auf „Pseudoleukämie“ gestellt worden war. Makroskopisch konnte in den Drüsen keine Tuberkulose nachgewiesen werden, da jede Verkäsung fehlte, das Mikroskop liess aber hyaline Nekrose, Riesenzellen und Tuberkelbacillen in grosser Anzahl erkennen.

Schon früher hatte Francis Delafield einen offenbar hierhergehörigen Fall veröffentlicht. Da mir die Arbeit selbst nicht vorliegt, verweise ich auf ein Referat Prof. Baumgarten's in dem Jahresbericht für pathologene Mikroorganismen Bd. III. (Jahrgang 1887), p. 207.

„Das eigenartige Bild, welches die eben beschriebenen drei Fälle und einige ältere ähnliche gewähren, hat Baumgarten veranlasst, sie als besondere Art tuberkulöser Lymphdrüsenerkrankung hinzustellen unter dem Namen einer: pseudoleukämischen Form der Lymphdrüsentuberkulose. Charakteristisch für sie ist eine generalisierte Affektion der Lymphdrüsen, die intra vitam keine Erweichung und Aufbruch zeigt und völlig unter dem Bilde einer Pseudoleukämie zum Exitus führt.“ (Dietrich.[3])

Dass es sich nun in unserem Falle um diese „pseudoleukämische Form“ handeln könnte, ist insofern fraglich, als klinisch von „Psendoleukämie“ nichts zu bemerken war. Immerhin zeigt aber das Sektionsbild sowie der mikroskopische Befund soviel Ähnlichkeit mit den oben erwähnten Fällen, und weicht so sehr von der gewöhnlichen Form ab, dass man die vorliegende Lymphdrüsentuberkulose anatomisch der von Baumgarten aufgestellten Form nahestellen muss.

Was nun die Tuberkulose der Schilddrüse anbetrifft, so ist zu erwähnen, dass ihr Vorkommen früher überhaupt geleugnet wurde. So sagt Rokitansky[4]) von ihr: „Tuberkel kommen in der Schilddrüse nicht vor.“ Virchow[5]) giebt ihre Möglichkeit zu, doch erklärt er, dass kein Organ so wenig zur Tuber-

kelbildung disponiert sei, wie die Schilddrüse. Allerdings komme eine Tuberkulose der Schilddrüse vor, doch sei dies eine äusserste Rarität, gewöhnlich handle es sich um eine Infection von der Nachbarschaft aus.

Cohnheim[6]) hat dagegen auf Grund zahlreicher Beobachtungen festgestellt, dass bei Miliartuberkulose anderer Organe die Schilddrüse sehr oft mitergriffen wird. Aber auch die chronische Tuberkulose der Schilddrüse ist nicht so gar selten. Chiari[7]) rechnet auf 100 tuberkulöse Personen 7mal Tuberkulose der Schilddrüse; doch dürfte dieser Prozentsatz allerdings etwas zu hoch gegriffen sein. Die neueste Arbeit über die in Frage kommende Erkrankung, von Hegar,[8]) enthält eine Statistik, in der bei 1352 Sektionen Tuberkulöser 57 Fälle von Schilddrüsentuberkulose, also 4,3% *) gefunden wurden.

Die Formen, in denen die Tuberkulose der Schilddrüse auftritt, sind nach Hegar[8]) meist miliare Knötchen, selten vereinzelte oder mehrfache käsige Herde. Die Schilddrüsentuberkulose unseres Falles lehnt sich am nächsten dem bekannten von P. von Bruns beschriebenen Falle von „Struma tuberculosa" (mikroskopische Untersuchung von Baumgarten) an.

Die dritte Affektion, die unseren Fall bemerkenswert macht, ist die Tuberkulose des Ileosacralgelenkes. Nach Oskar Schmidt[9]) ist sie in keinem Gelenk des menschlichen Körpers so selten wie hier. Dies erklärt sich vielleicht zum Teil daher, dass die Articulatio sacroiliaca infolge ihrer geschützten Lage überhaupt eine geringe Disposition zur Erkrankung im Verhältnis zu den übrigen Gelenken zeigt. Die Litteratur über diese Erkrankung ist äusserst spärlich. Oskar Schmidt[9]) giebt im ganzen elf Fälle an, die in der Würzburger chirurgischen Klinik behandelt worden sind.

Wie in den übrigen Gelenken, ist auch im Ileosacralgelenk die Tuberkulose meist eine secundäre, indem tuberkulöse Pro-

*) Hegar giebt 3,6% an.

zesse aus anderen Körpergegenden dorthin übertragen werden. Der Verlauf dieser Erkrankung ist fast immer ein chronischer, der Patient empfindet seine Krankheit erst dann, wenn der Prozess schon weit vorgeschritten ist. Die Symptome beruhen fast ausschliesslich auf einem heftigen Schmerzgefühl in der Gegend des besagten Gelenkes, das sich beim Gehen steigert und im Verlauf des Nervus ischiadicus ausstrahlt, wodurch eine Ischias vorgetäuscht werden kann. Auch können die Symptome auf andere in der Beckengegend sich abspielende Erkrankungen hinweisen, so dass die Diagnose manchmal sehr schwer zu stellen ist. Besonders kämen hier bei Frauen Erkrankungen der Ovarien und des Parametriums in Betracht, wie es sich aus unserem Falle auch ersehen lässt.

Werfen wir nun noch einmal einen Rückblick auf die Hauptpunkte unserer Ausführungen, so finden wir im Vorhergegangenen einen Fall, der sich auszeichnet durch gleichzeitige tuberkulöse Affektionen in so zahlreichen Organen, wie sie wohl selten in dieser Weise ergriffen werden. Es wäre jetzt noch wünschenswert zu erfahren, wie die Tuberkulose in diese zahlreichen Organe eingedrungen ist. Eine primäre Lungentuberkulose ist als Ausgangspunkt der ausgebreiteten Tuberkulose nicht anzunehmen, vielmehr kommt als solcher wohl in erster Linie die Tuberkulose der Articulatio sacroiliaca in Betracht, von der aus dann sekundär die Bacillen in die übrigen Organe eingewandert sein könnten. Es spricht hierfür der Umstand, dass die ganze Erkankung klinisch mit den Erscheinungen am Ileosacralgelenk begonnen hat, und dass auf den Lungen trotz wiederholter und sorgfältiger Untersuchung nichts Pathologisches nachgewiesen werden konnte. Die Sektion selbst zeigte nur eine frische Miliartuberkulose der Lunge, während der Prozess in der Articulatio sacroiliaca, den Symptomen nach zu schliessen, mindestens schon ein halbes Jahr vorher bestanden hat, nach dem pathologisch-anatomischen Befunde aber viel älter ist. Auch ist von Delens (nach Oskar Schmidt)[9]) eine primäre

Tuberkulose des Ileosacralgelenkes beschrieben worden: die primäre Affektion ist also möglich, wenn auch die sekundäre häufiger auftritt.

Die Frage, wie nun die Tuberkulose zuerst in das Ileosacralgelenk gekommen ist, stösst wiederum auf Schwierigkeiten. Da eine Eingangspforte nicht nachzuweisen ist, könnte man an eine hereditäre Übertragung der Tuberkulose denken, an eine congenitale tuberkulöse Infection nach Baumgarten. Zu Gunsten dieser Möglichkeit spricht betreffs der Vererbung vom Vater das Vorkommen virulenter Tuberkelbacillen im Samen tuberkulöser Individuen. Unzweifelhaft nachgewiesen ist eine intrauterine Übertragung der Tuberkulose bei Tieren, indem zuerst Johne und nach ihm viele andere Beobachter bei Kalbsföten Knötchen in der Lunge und Leber sowie in verschiedenen Lymphdrüsen nachwiesen und auch zweifellos Tuberkelbacillen darin feststellen konnten. Wenn dies bei Tieren vorkommt, warum sollte es beim Menschen nicht möglich sein? Auf diese Weise würde sich auch die isolierte tuberkulöse Erkrankung der Lymphdrüsen bei Kindern erklären. Ohne dass irgend ein tuberkulöser Herd zum Beispiel in den Lungen sich zeigt, sind schon bei ganz jungen Kindern die Bronchialdrüsen stark tuberkulös befunden worden (ausgedehnte Verkäsung mit Riesenzellen und Tuberkelbacillen). Während nun andere Autoren annahmen, dass in solchen Fällen das Virus durch meist unbedeutende Verletzungen der äusseren Haut oder der Schleimhäute einwandere, und in den Lymphdrüsen, Gelenken etc. zuerst lokalisiert werde, hält Baumgarten dem gegenüber für diese Fälle an der Lehre von der Vererbung der Tuberkelbacillen fest, da sonst an der Impfstelle eine lokale tuberkulöse Infektion hätte auftreten müssen.

Ebenso wie die Articulatio sacroiliaca könnten auch die Lymphdrüsen in unserem Falle congenital inficiert sein; vielleicht auch die Schilddrüse, die Leber und die Gehirnsubstanz. Doch ist natürlich auch möglich, dass die genannten Organe sekun-

där von der Tuberkulose des Ileosacralgelenkes aus tuberkulös inficiert wurden. Die Erkrankung der Lungen ist unzweifelhaft neueren Datums und auf metastatischem (hämatogenem) Wege entstanden, desgleichen wohl auch die frische Miliartuberkulose der Meningen, obwohl für diese auch die Möglichkeit einer regionären Infection durch den älteren Hirntuberkel besteht.

Zum Schlusse ist es mir noch eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. von Baumgarten, und Herrn Privatdozent Dr. Walz, für die freundliche Unterstützung, die sie mir bei dieser Arbeit haben zu Teil werden lassen, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1) Askanazy: Tuberkulöse Lymphome unter dem Bilde febriler Pseudoleukämie verlaufend.
Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie. 3. Band 1888.
Dissertation unter Baumgarten gearbeitet.
2) Weishaupt: Über das Verhalten der Pseudoleukämie und Tuberkulose. Arbeiten aus dem pathologischen Institut zu Tübingen (Baumgarten) 1891/92.
3) Dietrich: Über die Beziehungen der malignen Lymphome zur Tuberkulose. Beiträge zur klinischen Chirurgie. XVI. Band 2. Heft.
4) Rokitansky: Handbuch der pathologischen Anatomie. III. Auflage 3. Band. Wien 1861.
5) Virchow: Die krankhaften Geschwülste. Berlin 1863—67.
6) Cohnheim: Über Tuberkulose der Chorioidea. Virchow's Archiv. Band 39. 1867.
7) Chiari: Über Tuberkulose der Schilddrüse. Wiener medizinische Jahrbücher 1878.
8) Hegar: Die Tuberkulose der Schilddrüse. Dissertation. Kiel 1892.
9) Oskar Schmidt: Tuberkulose der Articulatio sacroiliaca. Dissertation. Würzburg 1896.

Vita.

Ich bin geboren am 22. Oktober 1875 zu Neunkirchen, Reg.-Bez. Trier. Im Alter von 10 Jahren bezog ich die höhere Bürgerschule meines Heimatortes, um von dort aus auf das Gymnasium zu Prüm, Reg.-Bez. Trier, überzusiedeln, das ich Ostern 1896 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Ich begab mich zum Studium der Medizin nach München, wo ich gleichzeitig im Sommer 1896 das erste Halbjahr meiner aktiven Dienstzeit beim Kgl. bayr. II. Infanterie-Regiment „Kronprinz Max Emanuel" ableistete. Hierauf bezog ich die Universität zu Tübingen und bestand dort Ostern 1898 die ärztliche Vorprüfung. Das nächste Sommersemester brachte ich an der Universität Heidelberg, das folgende Wintersemester in Berlin zu, von wo ich dann Ostern 1899 wieder nach Tübingen zurückkehrte. Hier vollendete ich mit dem 7. März 1901 die ärztliche Staatsprüfung.